

会宁县 2024 年“两保一孤”
团体意外伤害及附加重大疾病保险项目

合 同

合同编号：BGZJ-ZC24562-HT-003

合同备案号：2025HTBA00019

甲方：会宁县民政局

乙方：中国人寿财产保险股份有限公司白银市中心支公司



会宁县 2024 年“两保一孤”团体意外伤害及附加重大疾病保险项目服务合同

合同编号：BGZJ-ZC24562-HT-003

甲方：会宁县民政局

乙方：中国人寿财产保险股份有限公司白银市中心支公司

会宁县 2024 年“两保一孤”团体意外伤害及附加重大疾病保险项目（第 003 标段），经过招投标程序确定最终中标人为中国人寿财产保险股份有限公司白银市中心支公司，即本合同的乙方。为了保护甲乙双方的合法权益，根据《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国合同法》《中华人民共和国民法典》等相关法规和政府采购招标文件、政府采购投标文件承诺的相关规定，经甲乙双方协商一致，签订本合同，以便共同遵照执行：

一、项目信息

1. 项目名称：会宁县民政局“两保一孤”保险服务机构采购项目。

2. 招标文件编号：BGZJ-ZC24562/003

3. 项目内容：

（1）保障群体

四房吴镇、大沟镇、韩家集镇、汉家岔镇、河畔镇、草滩镇、白



草堰镇 7 个乡镇和河畔敬老院、汉家岔敬老院集中供养的农村一二类低保对象、城市低保全额对象、城乡供养特困对象及孤儿，具体以县民政局提供清单为准(人员每月动态调整)。

(2) 保险责任

重大疾病保险：被保险人首次罹患 50 种重大疾病（附 50 种重大疾病名录），经县级二级乙等以上人民医院确诊，赔付 2 万元，重大疾病赔付责任终止；因疾病死亡，赔付 0.2 万元，疾病身故保险责任终止。

意外伤害保险：遭受意外伤害导致身故，赔付 2 万元，意外身故保险责任终止；遭受意外伤害导致残疾，根据伤残等级最高赔付 2 万元（根据《人身保险伤残评定标准及代码（JR/T008-2013）》，一级 2 万元、二级 1.8 万元、三级 1.6 万元以此类推，每降低一个伤残等级，赔付金额减少 0.2 万元），意外残疾保险责任终止。

住院津贴保险：特困供养对象因疾病、意外伤害住院且需陪护的，补贴标准为乡镇卫生院 100 元/天/人、县级医院 150 元/天/人、县级以上医院 200 元/天/人，全年每人最高补助 30 天（该人员为乡镇申报、县民政局审批、确因特殊原因需要第三方陪护的人员，非所有“两保一孤”受益人员）。

二、履行合同的时间及方式

保险期限：自 2024 年 12 月 2 日 0:00 至 2025 年 12 月 1 日 24:00。保险期限届满后，保险期内城乡特困供养对象住院，经



乡镇申报、县民政局审批的住院津贴保险，乙方应按要求赔付。

方式：文本合同、保险单。

三、乙方承保理赔服务

1. 严格遵守国家有关法律法规，严格执行监管部门批准或备案的保险条款和费率，恪守诚信，杜绝价格欺诈行为；

2. 热情周到、快速准确受理理赔业务；

3. 严格拒赔管理，做到不惜赔、不拖赔、不无理拒赔；乙方向甲方按月及时报告保险承保和理赔情况，并接受甲方对“两保一孤”保险工作的监督检查，确保应保尽保、应赔尽赔。

4. 清晰一次性告知索赔须知、简化管理单证和流程，增强客户便捷理赔的直观感受和体验；

5. 接到报案后，乙方人员应及时告知被保人员相关理赔手续，乙方在收到完整材料后进行审核并及时支付保险金。

四、保费及付款方式

保费：338614.7 元，甲方在合同签订后 30 日内将保费转到供应商指定账户。

乙方指定账户：

户 名：中国人寿财产保险股份有限公司白银市中心支公司

开户行：中国农业银行股份有限公司白银白银区支行

账号：27390101040021689

五、解决合同纠纷方式

1. 供需双方如变更或解除本合同，需经双方协商一致，并向



政府采购办报备。

2. 纠纷方式：双方协商☒；向财政部门投诉☐；提请仲裁☐；
向需方所在地人民法院提起诉讼☒。

六、其他事项。

1. 招标文件、投标文件和中标供应商承诺书、补充协议、合同附件是本合同不可分割的部分，对甲乙双方均具有法律效力，
本合同未尽事宜，按相关法律规定办理。

2. 本合同自 2024 年 12 月 2 日 0:00 起生效。

3. 本合同一式五份，双方各执二份，代理机构备案一份。

甲方：（章）
地址：
电话：



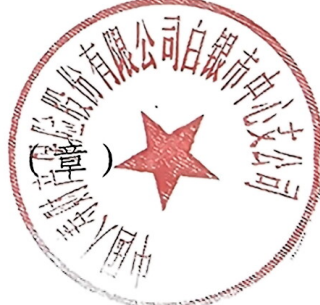
法定代表人(或委托代理人) 签字:

魏建新

签字日期:

2024.12.02

乙方：（章）
地址：
电话：



法定代表人(或委托代理人) 签字:

王明

签字日期:

2024.12.2



会宁县“两保一孤”重大疾病病种明细

序号	疾病名称	序号	疾病名称
1	急性早幼粒白血病	26	脑肿瘤（四级手术）
	儿童低危急性淋巴细胞白血病	27	前列腺肿瘤（四级手术）
	儿童中高危急性淋巴细胞白血病	28	骨与软组织恶性肿瘤（四级手术）
2	儿童单纯性先天性心脏病	29	子宫内膜恶性肿瘤（四级手术）
	儿童复杂性先天性心脏病	30	先天性心脏病（成人）（四级手术）
3	中重度传导性神经性耳聋（听觉植入，听力重建）	31	膀胱肿瘤（四级手术）
4	乳腺肿瘤（四级手术）	32	主动脉夹层和主动脉瘤（介入）
5	宫颈肿瘤（四级手术）		单侧下肢动脉硬化闭塞症（介入）
6	重症精神病		下肢静脉血栓形成和/或合并肺栓塞（介入）
7	血友病	33	极低出生体重儿
8	慢性粒细胞白血病	34	超极低出生体重儿
9	肺部肿瘤（四级手术）	35	重症肺炎
10	食道肿瘤（四级手术）	36	休克
11	胃部肿瘤（四级手术）	37	儿童哮喘持续状态
12	急性心肌梗塞（介入）	38	妊娠期高血压疾病（子痫前期重度）
13	脑梗死	39	产后出血（介入手术）
	脑出血	40	胎盘植入
14	结肠肿瘤（四级手术）		完全性前置胎盘
15	直肠肿瘤（四级手术）	41	急性肾功能衰竭
16	儿童脑瘫		慢性肾功能衰竭
17	肝肿瘤（器官移植除外）（四级手术）	42	艾滋病机会性感染
18	胰腺肿瘤（四级手术）	43	肾脏肿瘤（四级手术）
19	恶性淋巴瘤	44	妊娠期血小板减少症
20	胆囊恶性肿瘤（四级手术）	45	人工关节置换术（单侧）
	胆管恶性肿瘤（四级手术）	46	病毒性脑炎（重症）
21	多器官功能障碍综合征（MODS）	47	化脓性脑膜炎（重症）
22	肝硬化（失代偿期）	48	耳鼻咽喉及头颈部恶性肿瘤（四级手术）
23	急性重症胰腺炎	49	肾上腺肿瘤（四级手术）
24	甲状腺肿瘤（四级手术）	50	新生儿先天性消化道畸形
25	卵巢恶性肿瘤（四级手术）		



会宁县分散供养特困人员住院护理申请审批表

_____乡（镇）_____村_____组

申请人		性别		出生年月	
婚姻状况	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 丧偶				
身份证号码			联系电话		
自理能力评估	☐ 全自理 ☐ 半自理 ☐ 全护理				
申请人类别	☐ 未成年人 ☐ 老年人 ☐ 残疾人 ☐ 其他				
生活状况	经济来源	☐ 救助资金 ☐ 亲友资助 ☐ 其他			
	居住情况	☐ 独居 ☐ 和配偶居住 ☐ 和亲属居住 ☐ 其他			
照料护理人姓名		与申请人关系		联系电话	
住院信息	医院名称： 医院地址： 患病名称： 住院时间： 年 月 日至 年 月 日				
乡镇审核意见	经办人： 负责人： （盖章） 年 月 日				
县级民政部门审批意见	经办人： 审核人： （盖章） 年 月 日				
备注	1. 提交申请应在本表后附申请人身份证、户口本、病例首页或补偿凭证、出院证明等相关证明材料复印件。 2. 本表及附件县民政局两份、乡镇人民政府一份。				

